

	<b>Istituto nazionale per la ricerca sul cancro Genova - Italia</b>	<b>S.C. Diagnostica per Immagini</b>	<b>MO-DPI-Pren Rm</b>
<b>MODULO PRENOTAZIONE ESAME RM</b>			<input type="checkbox"/> Ricoverato <input type="checkbox"/> D.H. n°..... <input type="checkbox"/> Ambulatoriale
Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Recapiti Telefonici _____ Data ricevimento _____			
Indicare con [X] l'oggetto dell'indagine Capo: <b>Encefalo</b> [ ] <b>Collo</b> [ ] Segmenti scheletrici: <b>Arto sup</b> [ ] _____ <b>Arto inf</b> [ ] _____ <b>Bacino</b> [ ] <b>Estremità</b> [ ] _____ Colonna: <b>Cervicale</b> [ ] <b>Dorsale</b> [ ] <b>Lombo sacrale</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ Torace: <b>Mediastino</b> [ ] <b>Polmone</b> [ ] <b>Parete</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ Addome sup.: <b>Fegato</b> [ ] <b>Milza</b> [ ] <b>Pancreas</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ e Retroperitoneo: <b>Surreni</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ Addome inf.: <b>Vescica</b> [ ] <b>Prostata</b> [ ] <b>Utero</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ Parti Molli: <b>Mammella</b> [ ] _____ <b>Testicolo</b> [ ] <b>Altro</b> [ ] _____ Altro: _____			
<b>SINTESI CLINICA (da compilare <u>assolutamente e in modo esauriente</u>)</b>           			
<b>QUESITO RADIOLOGICO (da compilare <u>assolutamente e in modo esauriente</u>)</b>           			